ZDROWIE I ŻYCIE

DZIENNIK URZĘDOWY IZBY ZDROWIA W GENERALNYM GUBERNATORSTWIE

Numer 24 (41). Rocznik II. Kraków, 15. 6. 1941 r.

Redaktor: Dr med. Werner Kroll, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Wydawnictwo: Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a, tel. 10524. — Odpowiedzialny za dział ogłoszeń: W. von Würzen, Kraków, Krupnicza 11a. — Rachunek bankowy: Gesundheitskammer — w Creditanstalt-Bankverein, Kraków, Adolf Hitlerplatz, róg Szewskiej. — Pocztowe konto czekowe: Warszawa 73. — Adres telegraficzny: Gesundheitskammer, Kraków. — Prenumerata Zł. 3.— miesięcznie. Wszystkie urzędy pocztowe przyjmują zamówienia. — Czasopismo ukazuje się co tydzień.

Artykuły dla części redakcyjnej nadsyłać wyłącznie pod adresem: Redakcja „Zdrowie i Życie", Kraków, Krupnicza 11a, lub do Oddziału Warszawskiego, Warszawa, Koszykowa 37 (Okręgowa Izba Zdrowia). Rękopisy nadsyłać można bądź to w języku polskim bądź to niemieckim. — Korespondencję w sprawie ogłoszeń, zwłaszcza ogłoszeń pod szyfrą, kierować wyłącznie: Wydawnictwo Gesundheitskammer, Kraków, Krupnicza 11a.

Nie zamówione rękopisy zwraca się tylko w wypadku dołączenia opłaty pocztowej w odpowiedniej wysokości.

TREŚĆ: Str.

Z cyklu odczytów Instytutu Medycyny Sądowej i Kryminalistyki w Krakowie Dyrektor Dr. med. W. v. Beck.

Zagadnienia typów psychologicznych

Napisał: Dr. Schneider, Profesor Uniwersytetu w Królewcu.

(Dokończenie)

Mniej znaną, jednakże niemniej ważną jest typologia Sandera, która nie ustawia typów po prostu obok siebie, lecz pojmuje je jako zjawiska rozwojowe. Z bezpostaciowego, obejmującego całość zadatków typu dziecięcego rozwija się albo typ analityczny, albo typ syntetyczny. Analityczny rozkłada wszystko napotkane na najdrobniejsze części. Znajduje się go u myślicieli logicznych i matematyków, tak samo jak u prostolinijnych ludzi uczuciowych, zaciekle nienawidzących, gderliwie krytycznych, jak też u stale zaczepnych, nietolerancyjnych i pryncypialnych ludzi woli. Do typu syntetycznego należą ludzie żyjący wyłącznie sztuką, ludzie myślący intuitywnie jak bodaj Goethe, silnie zabarwieni uczuciowo, których życie uczuciowe jest tak bogate, że może nawet zawierać największe przeciwieństwa, a wśród ludzi woli pełni rozmachu organizatorzy, czy też wielce zajęci i wielu sprawami się interesujący.

Bardzo skomplikowany, ale także wychodzący ze schematu dwoistego, jest obszerny system typów Jaenscha i jego szkoły. Punktem wyjścia jest tu życie wrażeniowe, z którego wynikają dwie wielkie grupy: typów integracyjnych i typów desintegracyjnych. Pierwszemu odpowiada w życiu wrażeniowym B-ejdetyk, a desintegracyjnemu T-ejdetyk. Przy typie integracyjnym występuje wewnętrzne wzajemne przeniknięcie poszczególnych funkcji fizycznych i psychicznych. Przy typie desintegracyjnym poszczególne funkcje pracują oddzielnie obok siebie. Typ integracyjny, który występuje w swej najczystszej formie u basedowidów i daje się poznać zewnętrznie po błyszczących, wysadzonych oczach i powiększonej tarczycy, jest typem dziecka. Żyje on w stale zmiennym świecie żywych obrazów. Natomiast typ desintegracyjny ma tylko stałe, długo oddziaływujące obrazy, które nasuwają się i odchodzą nie spontanicznie, ale skokami. Jest on istotą zmęczoną, funkcjonującą machinalnie, która żyje wśród schematów i haseł. Jaensch dopatruje się tego typu najwyraźniej we współczesnym Amerykaninie. Między oboma pełnymi typami istnieją jeszcze trzy typy pośrednie, które dla nas mają szczególną ważność, ponieważ właśnie w drugim typie Jaensch dopatruje się idealnego typu niemieckiego. Pierwszy typ (I — 1) jest normalnym typem integracyjnym, który, będąc zdolnym do wczuwania się, używa artystycznie świata, wszystko przyjmuje w obrazach, myśli i działa zgodnie z uczuciami, jest pogodny ale trochę miękki, pełen zaufania, otwarty, naturalny, umiejący się dostosować, lubiący wszystko, co napotka. Należy tu umiejący się wczuwać naukowiec, niejeden artysta, ale także miły badacz przyrody itp.

Typ I — 2, niemiecki, albo, jak go także nazywa Jaensch, typ protestancki, jest integracyjny tylko tam, gdzie świat zewnętrzny odpowiada jego silnej strukturze wewnętrznej. Podchodzi on pomału, musi się najpierw rozgrzać, ale wówczas jest idealistycznie związany ze sprawą, którą przyjął duchowo. Jest on poważny i badawczy. Obrazy u niego usuwają się w tył przed obiektywnie rzeczowym, przemyślanym światem wyobrażeń. Nie lubi on wszystkiego, ale tylko to, co przy surowym wyborze uznał za właściwe dla siebie. Do tego typu w jego naj-

czystszej postaci należą bodaj heroiczni myśliciele w rodzaju filozofów niemieckiego idealizmu, wielcy żołnierze i inni.

Typ I — 3 jest integracyjny tylko na wewnątrz. Ma on małe stosunki ze światem zewnętrznym, zagłębiony w sobie, kocha samotność, jest cierpki, nie skłonny do otwartości, ale także nie dający się sprowadzić z raz obranej drogi, godny zaufania. Ma on mało obrazów, jego motoryka wysuwa się przed jego życie wrażeniowe. W najbardziej czystej postaci znajduje go Jaensch bodaj u chłopa dolno-saskiego.

Obok typów I Jaensch zna jeszcze właściwy typ S, który jest człowiekiem bardziej chwiejnym, mniej spoistym, który w ogóle nie zajmuje stanowiska wobec świata zewnętrznego, lecz sam sobie tworzy subiektywnie ten świat zewnętrzny. Tutaj należy czysty nastrojowiec, który miękko i jakby we śnie żyje w świecie nierzeczywistym. Ten typ często występuje w łączności z objawami chorobowymi. Gruźlica, schizofrenia i histeria są z nim ściśle związane. Szczególnie niebezpiecznym jest, jeżeli ten chwiejny typ S otrzymuje racjonalną nadbudowę, a przede wszystkim ma to miejsce przy zmieszaniu ras, i dlatego też to zmieszanie należy najostrzej zwalczać z punktu widzenia psychologicznego. Powinno się jeszcze wspomnieć, że Jaensch próbował także pojmować trzy typy I jako fazy ludzkiego rozwoju jednostkowego, typ I — 1 jako fazę dzieciństwa, typ I — 2 jako fazę młodości, typ I — 3 jako fazę starego człowieka. Jednakże zaszlibyśmy zbyt daleko zajmując się tutaj tą sprawą bardziej szczegółowo. Jeżeli przyglądamy się typom podziałów dwudzielnych, to okaże się pewne, bynajmniej jednakże nie całkowite, pokrewieństwo pomiędzy cyklotymikiem, I — 1, I — 2, ekstrawertykiem i typem syntetycznym.

Po drugiej stronie znajdują się schizotymik, typ I — 3, intrawertyk i typ analityczny.

Jednakże istnieją także o wiele bardziej skomplikowane schematy typów, z których powinno się wspomnieć tylko o trzech. Lersch z punktu widzenia czystej charakterologii rozróżnia typy przede wszystkim według ich podstawy endotymicznej. Typ taki jest albo wesoły, albo niewesoły. Wesoły albo pogodny, to znaczy jasny, głęboki, albo ochoczy, to znaczy euforyczny i płytki. Niewesoły albo smutny, to znaczy poważny i głęboki, albo niezadowolony, to znaczy gniewny i płytki. Do tego dochodzą typy samopoczucia, które są albo typami poczucia własnej godności, jak u naiwnego, u szlachetnie zimnego, u fanatycznego, lub u próżnego, albo typami kompleksu niższości, jak u sentymentalnego, u typu narcystycznego, u zazdrośnie zawistnego, u boleśnie obraźliwego i u agresywnego.

Pfahler zestawił typologię wedle 3 grup. 1) Odróżnia on typy ze stałymi treściami, które to typy występują wobec świata zewnętrznego zacieśniająco i usztywniająco, oraz na typy z płynnymi treściami, które stoją wobec świata zewnętrznego chwiejnie i zmiennie.

2) Typy o różnej reaktywności uczuciowej, bądź to od strony miłej, bądź też od strony niemiłej, albo też w ogóle o słabej reaktywności, oraz

3) typy silnej lub słabej energii życiowej.

Z tych postaci zasadniczych wynika ogółem 12 typów zasadniczych, które Pfahler opisał szczegółowo.

Dla praktycznego spostrzegania da się raczej lepiej zastosować schemat następujący, który raczej bardziej nadaje się dla pracy rozpoznawczej lekarza czy kryminalisty.

A. Typy różnej żywotności psychicznej.

1) porywczy,
2) żywy,
3) spokojny.

B. Typy o przeważającej postawie zasadniczej.

1) zastanawiający się,
2) łatwo reagujący uczuciowo.

C. Typy różnego nastawienia do swej osoby.

1) osobisty,
2) nieosobisty.

D. Typy różnej jednolitości.

1) dojrzały,
2) trzeźwy,
3) sprzeczny,
4) rozpadowy.

E. Typy przeważającej sfery wrażeniowej.

1) o wyobraźni wzrokowej,
2) akustyczny,
3) motoryczny,
4) o wrażliwości narządowej.

Już z wymienionych powyżej grup powstaje na skutek skrzyżowania nadzwyczaj wielka ilość typów, które nadal odpowiadają postawionym na początku wymaganiom co do typologii dającej się zastosować praktycznie i nie podlegającej zarzutom z punktu widzenia naukowego.

Pozostałoby jeszcze omówić niektóre inne próby rozwiązania naszego zagadnienia, które to próby stoją jednakże już na granicy psychologii i dlatego wystarczy je wspomnieć tutaj zupełnie pokrótce. Należą tu skomplikowane układy typów charakteru Klagesa, przy których godnym uwagi z punktu widzenia psychologicznego jest przede wszystkim rozróżnienie pomiędzy typem samozachowawczym a typem ofiarnym, chociaż tu już obok psychologicznych stosuje się też i kategorie etyczne. Podobnie jest też ze znaną przede wszystkim w pedagogice typologią Sprangera, który rozróżnia, jak wiadomo, typ ekonomiczny, teoretyczny, estetyczny, religijny, polityczny i społeczny. Tu jednakże momenty psychologiczne są tak silnie zagłuszone pozapsychicznymi wartościowaniami, że tę typologię musi się zaliczyć raczej do starej typologii Diltheya, gdzie też ona należy ze względu na swe pochodzenie. Z punktu widzenia psychologa naraża ją na zarzuty jej idealnie konstruktywny charakter, który często zbyt silnie odbiega od empirycznego spostrzeżenia. Ważniejszym i bardziej ponętnym byłoby szczegółowe rozpatrzenie naturalnego tworzenia się typów, co nie da się sprowadzić do jednego schematu, lecz co należałoby tylko opisywać. Tutaj należy wielokrotnie bodaj omawiane zagadnienie duchowych różnic między mężczyzną i kobietą, albo też rozmaitych klas wieku, psychologia typów zawodowych, albo też nadzwyczaj ponętne zadania typologii krajów niemieckich, które to próby podejmowano ostatnio z dobrym skutkiem.

W ramach dzisiejszego odczytu mogę jednakże tylko wskazać na coraz to bardziej wzrastającą literaturę dotyczącą właśnie tych dziedzin.

Z powodu zgonu prenumeratora naszego pisma Dra Oskara Borgera, Izba Zdrowia — zakres rzeczowy prasa — wypłaciła pozostałej wdowie p. Teresie Borger w Lublinie wyznaczoną premię asekuracyjną w kwocie Zł 100.

Odpowiedzialność sądowa lekarza
za odmówienie pomocy w niebezpieczeństwie życia wedle ustawodawstwa polskiego

Napisał: em. Wiceprezes Sądu Apelacyjnego Konstanty Ostrowicz, Doradca prawny Izby Zdrowia w Gen. Gubernatorstwie — Kraków.

Jeżeli lekarz był obecny przy wypadku groźnym dla życia człowieka, czy też wezwany został do niesienia pomocy w takim wypadku, jest on, rzecz oczywista, obowiązany do jej udzielenia, albowiem interes ogółu i zdrowie publiczne stoją zawsze na pierwszym planie, przed interesem osobistym lekarza. Jednakże rozstrzygnięcie, czy w danym wypadku dla lekarza niesienie pomocy jest możliwe, czy też z ważnych powodów uczynić on tego nie może, przysługuje lekarzowi. Powody odmowne musi on rozważyć sumiennie. Jeżeli się przy tym okaże, że miarodajnymi dla niego były względy wyłącznie osobiste, jak np. jego spoczynek nocny, wygoda, przyjemność, czy nawet chwilowy nastrój, to jest on bezwzględnie odpowiedzialny dyscyplinarnie, a sąd zawodowy może, zależnie od okoliczności poszczególnego przypadku, ukarać go ostrzeżeniem, naganą, karą pieniężną, czy też nawet odebrać mu prawo wykonywania praktyki na pewien czas, czy też na stałe.

Postanowienia co do odmówienia pomocy w przypadkach groźnych dla życia zawiera też rozporządzenie Prezydenta R. P. z 25 września 1932 — Dz. U. Nr. 81 poz. 612. „o wykonywaniu praktyki lekarskiej" w swym artykule 17. Artykuł ten głosi:

1) Lekarz, który zgodnie z postanowieniami art. 6, ust. 3 nie zaprzestał wykonywania praktyki lekarskiej, winien, jeśli nie zachodzi poważna ku temu przeszkoda, udzielić pomocy lekarskiej w każdym przypadku, grożącym choremu wskutek zwłoki niebezpieczeństwem utraty życia lub zdrowia. Za odmówienie w takich przypadkach pomocy lekarskiej, lekarz niezależnie od kar przewidzianych w art. 35, winien być pociągnięty do odpowiedzialności dyscyplinarnej.

2) Przepis ustępu poprzedniego nie obowiązuje w miejscowościach, w których jest zorganizowana stale czynna lekarska pomoc doraźna.

Wspomniany art. 25 przewiduje grzywnę aż do 3.000 zł. i areszt do 3 miesięcy, czy też jedną z tych kar w przypadku o ile czyn ten nie stanowi przestępstwa, zagrożonego przez kodeks karny karą surowszą.

Wymiar kary wedle art. 25 następuje w postępowaniu karno-administracyjnym, a nie w trybie postępowania sądowego. Jak wynika z tekstu art. 17, także i tutaj lekarz może działać wedle swego uznania i odmówić pomocy, jeżeli zachodzą ważne przeszkody. Będzie to miało miejsce zawsze wtedy, jeżeli niesienie pomocy byłoby związane z niebezpieczeństwem życia przede wszystkim dla niego samego albo też dla innych osób, powierzonych jego opiece. Także i możliwość łatwiejszego i wystarczającego co do czasu przywołania innego lekarza może uzasadnić odmowę, jeżeli lekarz sam ma do załatwienia inne, pilne czynności.

Pomimo istnienia wedle powyższych przepisów możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności lekarza, który nie spieszy z pomocą w razie niebezpieczeństwa życia, w drodze dyscyplinarnej czy administracyjnej, to jednak w literaturze i praktyce sądowej występuje pogląd, że lekarz w takich przypadkach może też być ukarany wedle postanowień kodeksu karnego. W pierwszym rzędzie wskazuje się na art. 247 kodeksu karnego, który brzmi:

„Kto nie udziela pomocy człowiekowi, znajdującemu się w położeniu, grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia, mogąc to uczynić bez narażenia siebie, lub osób bliskich na niebezpieczeństwo osobiste,

podlega karze więzienia do lat 3, lub aresztu do lat 3.

Za osoby bliskie w rozumieniu tego postanowienia uchodzą takie osoby, które ze względu na pokrewieństwo, powinowactwo, przyjaźń albo ze względu na zobowiązania wdzięczności wobec nich mają prawo liczyć na szczególne względy.

Należy tu zasadniczo podkreślić, że do niesienia pomocy w myśl powołanego wyżej przepisu prawnego zobowiązany jest każdy, jeżeli zachodzą warunki tego przepisu, a zatem także i lekarz. Ten jednakże nie z tego powodu, że jest lekarzem. Postanowienia tego nie można więc szczególnie naciągać do przypadków działalności lekarskiej. Postanowienie to uwzględnia zdarzenia nagłe, jak: niebezpieczeństwo utonięcia, spalenia się, wypadki uliczne itp. — w których pomoc każdy nieść może i każdy nieść musi. Lekarz w takich przypadkach będzie zapewnie mógł pomóc bardziej skutecznie i jeżeli przypadkiem nie jest on tam obecny, jak np. na ulicy czy w teatrze, to przywoła go się tam umyślnie w tym celu.

Postanowienia tego nie da się jednak stosować w tych wypadkach, gdy u chorego następuje pogorszenie, albo u zdrowego wystąpi ciężki stan chorobowy, tak iż istnieje niebezpieczeństwo dla życia. Inaczej bowiem lekarz pod zagrożeniem karą, bez możności sprawdzenia zapodania byłby obowiązany porzucić wszystko i spieszyć do chorego, gdyby mu położenie przedstawiono jako groźne. Doprowadziłoby to wreszcie do tego, że chory, którego stan przedstawiałaby rodzina w najczarniejszych barwach, uzyskiwałby najszybszą pomoc, natomiast inni chorzy cierpieliby przez to, a nawet mogliby to może przypłacić życiem. Dlatego też art. 247 należy stosować do pomocy lekarskiej w sposób bardzo ograniczony, gdyż nie był on przeznaczony bynajmniej do wypadków, gdzie chodzi o niesienie pomocy w chorobach. W pierwszym rzędzie, i to głównie ma on zastosowanie, w takim razie, jeżeli lekarz **był obecny przy nagłym wypadku,** albo został do niego zawezwany i nie niósł pomocy.

Tym mniej może jeszcze mieć zastosowanie przy odmówieniu pomocy lekarskiej art. 243, chociaż władze prokuratorskie próbują także i na nim w stosunku do lekarzy się opierać. Art. 243 brzmi:

§ 1. Kto porzuca w położeniu, grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem dla życia osobę, względem której ma obowiązek troszczenia się lub nadzoru,

podlega karze więzienia do lat 5.

§ 2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie,

podlega karze aresztu do 1 roku.

Przede wszystkim lekarz nie jest w rozumieniu

ustawy wcale obowiązany do troszczenia się o inne osoby w wypadku jej choroby. Wedle ustawy obowiązanymi do tego są rodzice, opiekunowie, kuratorowie, wychowawcy, to jest osoby, które mają obowiązek troszczenia się o drugą osobę, jej utrzymanie, pielęgnację, mieszkanie. U lekarza, przywołanego w wypadku choroby, obowiązek troszczenia się o drugą osobę ogranicza się do należytego leczenia, którego nie można określić jako troszczenia się w zrozumieniu art. 243. Wprawdzie wyjątkowo może zajść przypadek, że lekarz **umownie** obejmuje opiekę, np. jeżeli chorego przyjmuje do swej kliniki z całkowitym utrzymaniem i tam chorego się leczy. W tym przypadku mógłby wchodzić w grę art. 243, jeżeli lekarz nie troszczyłby się więcej o chorego i pozostawiłby go bez opieki, aczkolwiek to pozostawienie ma za warunek wstępny inny stan faktyczny, a mianowicie opuszczenie lub porzucenie osoby bez pomocy.

Także i w prawie niemieckim wykładnia odpowiadającego naszemu art. 247 paragrafu 330^c kod. karnego doprowadziła do przesady i ukarania lekarzy za odmówienie leczenia chorego, chociaż stosowane postanowienie nie było wydane w tym znaczeniu i przez niewłaściwą wykładnię włożono w nie coś, czego ono pierwotnie zupełnie nie zawierało (por. art. adw. Klemensa Bewera, Berlin pt. „Die Pflicht zur Hilfeleistung bei Unglücksfällen" w „Deutsches Ärzteblatt" z 12. IV. 1941. str. 169)

§ 330^c postanawia:

> Kto nie niesie pomocy w nieszczęśliwych wypadkach, ogólnym niebezpieczeństwie, albo potrzebie, chociaż wedle zdrowego poczucia narodowego jest to jego obowiązkiem, a szczególnie kto nie daje posłuchu policyjnemu wezwaniu do niesienia pomocy, chociaż może je wykonać bez narażenia się na znaczne niebezpieczeństwo i bez naruszenia innych własnych obowiązków, podlega karze więzienia do lat 2, lub grzywnie.

W przeciwieństwie do polskiego art. 237 postanowienie to nakłada obowiązek niesienia pomocy w każdym nieszczęśliwym wypadku, wspólnym niebezpieczeństwie i potrzebie, chociażby nie było z tym związane bezpośrednie niebezpieczeństwo życia, a ponadto w przypadku wezwania policyjnego, a uwalnia od niego tylko przy własnym niebezpieczeństwie czy też naruszeniu innych ważnych obowiązków.

W postanowieniach niemieckich i polskich nie ma szczególnego uwzględnienia zawodu lekarskiego. Mimo to także i w Niemczech zapadały wyroki, które to postanowienie wiązały szczególnie z zawodem lekarskim i żądały od lekarza pod groźbą kary, aby musiał on być posłusznym każdemu wezwaniu o niesieniu pomocy nie tylko przy nagłych nieszczęśliwych wypadkach, ale także przy nagłych zachorowaniach i przy wystąpieniu pogorszenia choroby, bez względu na swe osobiste rozstrzygnięcie, ba, nawet własną chorobę, o ile mu tylko stan potrzebującego pomocy przedstawiono jako szczególnie groźny. Temu błędnemu stosowaniu ustawy położył kres Najwyższy Sąd Rzeszy wyrokiem z 19. grudnia 1940 r., sygn. II C 334/1940. Sąd Rzeszy wywodzi: Stosowanie § 330^c do lekarskiej działalności zawodowej jest niedopuszczalne. § 330^c ustala obowiązek niesienia pomocy, ciążący **na każdej osobie.** Mogą zajść wypadki, że lekarz znajduje się również w takim położeniu. Ale jego **obowiązki zawodowe** leżą na innej płaszczyźnie aniżeli obowiązki nałożone wymienionym postanowieniem karnym. Obowiązki zawodowe lekarza nie wchodzą w rachubę przy badaniu warunków z § 330^c. Choroby nie są wypadkami nieszczęśliwymi; warunkiem tych ostatnich jest nagłe wystąpienie zdarzenia. Pogorszenie choroby nie może być uważane za tego rodzaju wydarzenie. Osobistego niebezpieczeństwa czy potrzeby nie należy uważać **za ogólne** niebezpieczeństwo czy ogólną potrzebę.

Z tych wywodów Najwyższego Sądu Rzeszy wypływa zasada, że z postanowień obowiązujących **każdego** nie można wyprowadzać specjalnych obowiązków dla działalności zawodowej lekarza. Zasada ta odpowiada wyłuszczonej tu interpretacji art. 243 i 247 polskiego kodeksu karnego, które też nie zawierają żadnego wyraźnego uwzględnienia działalności lekarskiej i dlatego też nie mogą być szczególnie stosowane do tej działalności.

Sprawozdanie

z działalności Działu Zawodowego: Izby Lekarsko-Dentystyczne w Izbie Zdrowia za okres od listopada 1939 r. do 31 grudnia 1940 r.

Opracował: lek.-stom. J. Łączyński. Zarządca Działu Zawodowego: Izby Lekarsko-Dentystyczne w Izbie Zdrowia, Kraków.

(Dokończenie)

Ł. Prace organizacyjno-administracyjne.

Przeistoczenie Izb Lekarsko-Dentystycznych na dział zawodowy Izby Zdrowia o odmiennej strukturze organizacyjnej wymagało przestawienia całego istniejącego aparatu administracyjnego i dostosowania go do zmienionych warunków. W związku z tym zaszła konieczność przeprowadzenia całego szeregu prac o charakterze czysto administracyjnym. Prace te były następujące:

1. **Prace likwidacyjne** okresu przedwojennego w dziale kancelaryjnym; uporządkowano wszystkie akta, zesznurowano i złożono do archiwum.

2. Opracowano **jednolity typ prowadzenia prac kancelaryjnych,** który ma obowiązywać w dziale zawodowym Izby Lekarsko-Dentystyczne we wszystkich Okręgowych Izbach Zdrowia.

W szczególności:

a) ustalono **rzeczowy podział aktów** na trzy zasadnicze grupy, a mianowicie: organizacyjne, zawodowe i administracyjne. Podział ten obowiązuje dla spraw wszystkich sekcyj, wchodzących w skład działu zawodowego — znakowanie aktów odpowiada przyjętej w podziale organizacyjnym numeracji tych sekcyj (I, II, III, IV).

b) założono **registraturę aktów,** odpowiadającą zasadom przyjętego wyżej podziału;

c) ustalono sposób prowadzenia **dzienników korespondencyjnych** i uwzględniono w nich łączenie wszystkich zapisów, odnoszących się do jednej i tej samej sprawy;

d) założono **registraturę aktów personalnych;** akta personalne znajdują się w oddzielnych teczkach

o kolorach odmiennych dla każdej z poszczególnych grup zawodowych. W teczkach tych znajdują się dokumenty zasadnicze, a mianowicie: kwestionariusze do pierwszego zgłoszenia się, orzeczenie komisji weryfikacyjnej o uprawnieniu do wykonywania praktyki, dyplom względnie inne dokumenty stwierdzające wykształcenie zawodowe, zaświadczenia rejestracyjne b. władz polskich, dowody obywatelstwa, karta rejestracyjna i oświadczenie w miejsce przysięgi o aryjskim pochodzeniu;

e) założono księgi rejestru członków wszystkich zawodów wchodzących w skład działu zawodowego;

f) opracowano jednolity wzór kartoteki dla wszystkich zawodów, różniącej się tylko kolorami.

3. Przygotowano i prowadzono w obrębie Izb krakowskiej i warszawskiej całość spraw administracyjnych **okręgu radomskiego wzgl. lubelskiego** w ten sposób, że stanowią one gotową jednostkę administracyjną, która każdej chwili może być wyodrębniona i na nowym miejscu nadal prowadzona.

4. Ściąganie bieżących i zaległych składek członkowskich, jak już o tym była mowa pod pkt. IIe) sprawozdania, prowadzone było nadal planowo. Z jednej strony wydano okólnik do lekarzy powiatowych okręgów radomskiego i lubelskiego, z drugiej na terenie Warszawy zarządzono w drugim półroczu w drodze komunikatów wpłacanie składek zaległych w miesiącach sierpniu i październiku.

W wyniku tej akcji kwota ściągniętych przez Izbę warszawską składek członkowskich wyniosła w r. 1940 zł. 58.290,50, przez Izbę krakowską zł. 10.005,21, czyli ogółem zł. 68.295,71.

5. **Godziny nadliczbowe personelu kancelaryjnego.**

Wykonanie wszystkich prac w okresie sprawozdawczym nie byłoby doszło do skutku, gdyby personel biurowy pracował normalną ilość godzin. Zachodziła przeto potrzeba pracy w godzinach nadliczbowych. Ilość godzin nadliczbowych przepracowanych bezpłatnie w drugim półroczu wyniosła 1.332 godziny, co czyni 166 ośmiogodzinnych dni roboczych, a przedstawia się następująco:

Miesiąc	**Warszawa**	**Kraków**
lipiec	86	20
sierpień	170	34
wrzesień	286	95
październik . . .	304	68
listopad	45	72
grudzień	96	46
razem . .	987	335

6. **Korespondencja.**

W okresie sprawozdawczym, nie licząc wykazów sprawozdań, komunikatów, zestawień itp. wypracowań — załatwiono ogółem 2.512 pism, z czego przypada na Kraków 1.054, na Warszawę 1.458.

7. **Personel biurowy.**

Stan liczbowy personelu biurowego w dziale zawodowym: Izby Lekarsko-Dentystyczne wynosi na dzień 1-go stycznia 1941 ogółem 9 osób, z czego na Warszawę przypada 6, zaś na Kraków 3; są to pracownicy wykwalifikowani. Wykorzystanie sił biurowych przeprowadzone jest celowo; każdy pracownik przechodzi kolejno przez wszystkie działy, aby w ten sposób opanować całokształt i nadawać się w razie potrzeby do użycia go w dowolnym dziale pracy. Zaznaczyć należy, że personel biurowy Warszawy niezależnie od prac związanych ściśle z okręgiem warszawskim i lubelskim, wykonuje nadto cały szereg prac, związanych z prowadzeniem działu zawodowego w odniesieniu do całego terenu Generalnego Gubernatorstwa.

Personel ten obsługuje sprawy 2.971 członków Izby Zdrowia, objętych działem zawodowym izb lekarsko-dentystycznych. Są to jednak sprawy nie jednolitego typu jak w innych działach zawodowych, lecz charakteru wielce zróżniczkowanego (lekarze-dentyści, uprawnieni technicy dentystyczni, technicy dentystyczni oraz laboranci techniczno-dentystyczni), które w załatwianiu muszą być indywidualizowane, co za sobą pociąga konieczność zwiększenia nakładu pracy. Z tych powodów przy ustalaniu ilości pracowników w tym dziale zawodowym nie może być przyjęty za podstawę stosunek liczbowy pracowników do liczby przez nich obsługiwanych członków.

*

W zakończeniu sprawozdania zaznaczyć należy, że zakreślony dla działu zawodowego: Izby Lekarsko-Dentystyczne program prac na okres do końca 1940 roku został w całości zrealizowany, zaś osiągnięcie tego celu jest wynikiem pracy zespołowej, zilustrowanej uprzednio w poszczególnych częściach sprawozdania.

Doszło do wiadomości Izby Zdrowia, że lekarze-dentyści i technicy dentystyczni wzbraniają się przyjmować karty porady od członków niemieckich Kas Chorych, natomiast żądają zapłaty w gotówce.

Zwraca się uwagę, że takie postępowanie jest niedozwolone i sprzeczne z treścią ogłoszonych artykułów w Nr. 3 i Nr. 34 czasopisma „Zdrowie i Życie“, które dokładnie wyjaśniają, jak należy w takich wypadkach postępować.

Praca pielęgniarki w Ośrodku Zdrowia

Napisała: Helena Ciałowiczówna, pielęgniarka Ośrodka Zdrowia w Wieliczce.

Często słyszy się o pracy pielęgniarskiej w szpitalu, o sumienności i poświęceniu, z jakim się tam pracuje, rzadziej natomiast o pracy w ośrodku zdrowia, gdzie też pracują pielęgniarki-higienistki o tym samym wykształceniu.

Ośrodków Zdrowia na terenie Generalnego Gubernatorstwa jest bardzo dużo i większość społeczeństwa zna już cele i zadania tej instytucji, ale dla dokładniejszego zobrazowania przytaczam definicję Dra Stanisława Stypułkowskiego, kierownika 1. Ośrodka Zdrowia w Warszawie, który określa je w następujący sposób: „Ośrodkiem Zdrowia nazywam instytucję służby zdrowia, która obejmuje całokształt otwartej opieki zdrowotnej i społecznej na terenie

swego działania, oraz nadaje tej podwójnej opiece w pierwszym rzędzie charakter wychowawczo-zapobiegawczy“.

Obowiązki pielęgniarki w Ośrodku Zdrowia rozpadają się na dwa działy: 1. wewnętrzny i 2. zewnętrzny. Pierwszy dział obejmuje nadzór nad lokalem, administrację, oraz zespół czynności technicznych, jednakowy dla wszystkich poradni, jak: rejestracja chorego, sporządzanie sprawozdań miesięcznych, kwartalnych, rocznych, zestawienie apteki. Ten pierwszy dział pracy jest ujęty w pewne formy, przepisy statutowe i może dlatego niektórym wydaje się, że praca ta jest mechaniczna, jałowa, o charakterze kancelaryjnym.

Do Ośrodka Zdrowia, tak jak do szpitala, zglaszają się różni chorzy, czy to z określoną diagnozą, czy też nie, z tą tylko różnicą, że chodzą, a pielęgniarka ma też przy nich swoją funkcję: przygotowuje chorego do badania, pomaga lekarzowi w zabiegach, wyjaśnia wskazówki udzielone przez lekarza, których chory nie zrozumiał.

Najłatwiejszą jest praca w poradni dla dziecka. Tu pouczamy praktycznie matkę, jak należy pielęgnować i wychowywać dziecko, jak kąpać, przewijać, karmić, przygotowywać mieszanki. W razie choroby dziecka poucza się o pielęgnowaniu.

Jednym z najgłówniejszych działów pracy Ośrodka Zdrowia jest walka z gruźlicą. Zadaniem pielęgniarki jest wyłowić podejrzanych osobników ze swego terenu i skierować do poradni.

Należy wyjaśnić choremu na gruźlicę, jak i jego otoczeniu, istotę schorzenia, jak również obowiązek przestrzegania pewnych przepisów higieny. Walka z gruźlicą wymaga od pielęgniarki wytrzymałości, cierpliwości i dużego nakładu pracy. Z samej bowiem natury schorzenia wypływa często dziwna obojętność chorego, który odrzuca nasze rady i wskazówki. W obu działach pracy pielęgniarka musi zdobyć sobie zaufanie wśród pacjentów, a osiągnąć to można przez umiejętne podejście i taktowne postępowanie.

W ramach drugiego działu pracy zawiera się najważniejsza i najistotniejsza czynność wychowawcza, polegająca na pouczaniu o praktycznych przepisach higieny, a pośrednio także i kulturze.

Praca w terenie jest urozmaicona, aby jednak dawała odpowiedni rezultat musi być odpowiednio potraktowana. Nie wystarczy znajomość położenia geograficznego terenu, podlegającego Ośrodkowi Zdrowia i stanu majątkowego danej gminy, trzeba dobrze poznać mieszkańców, ich życie, zwyczaje i potrzeby.

Pielęgniarka społeczna opiekuje się nie tylko pacjentem, który się zgłosił w Ośrodku Zdrowia, ale z chwilą zarejestrowania chorego bierze się w opiekę całą jego rodzinę.

Wywiady, czyli odwiedziny domowe, służą do poznania środowiska, z którego pochodzi pacjent. Tu pielęgniarka ma szerokie pole do popisu; nie tylko sprawdza, czy zalecenia lekarskie są odpowiednio wykonywane, ale wykorzystuje wszystkie braki w rodzinie, które można poprawić, np. zachęca do poprawy bytu przez zamiłowanie do pracy, porządku, u dzieci pobudza ochotę do nauki. Dla osiągnięcia celu tej pracy konieczne są współpraca i wzajemne zaufanie.

Pięcioletnia praktyka dała mi to doświadczenie, że ludzie chętniej słuchają pochwał, jak nagany; nie można wizyty swej zaczynać od nagan, tylko od obojętnych tematów, a później skierować rozmowę na właściwy temat. Ludzie nie lubią też, gdy się im przerywa rozwlekłe opowiadania. Trzeba mieć cierpliwość i okazać, że się interesuje tą sprawą.

Ważnym zadaniem jest wykrywanie chorób zakaźnych i donoszenie o nich lekarzowi. W tym wypadku pielęgniarka nie może kierować się dobrym sercem i zatajać danego wypadku, ale musi być bezwzględna i sprawę skierować na odpowiednie tory. Równocześnie musi pouczać ludzi o grożącym niebezpieczeństwie chorób zakaźnych, podkreślając celowość izolacji, a tym samym zwalczać niechęć do szpitali.

Przy dezynfekcji pielęgniarka pilnuje całości pracy, poucza domowników jak mają wykonywać te czynności.

Dużą rolę w pracy pielęgniarki społecznej odgrywają dzieci szkolne, którym przez oględziny czystości w szkole wpaja się zasady higieny osobistej, których to zasad dzieci starają się przestrzegać w domu i pouczają o nich swe otoczenie domowe.

Zakres pracy pielęgniarki w Ośrodku Zdrowia jest bardzo duży i nie można jej liczyć na godziny; często się zdarza, że wyjazd na wieś w celu dezynfekcji, lub innym, trwa cały dzień.

Obecnie w czasie wojny, gdy ludność stale zajęta jest walką o byt, szukaniem pracy i żywności, gdy w wielu domach stałym gościem jest głód i nędza, mimo tych trudności musimy zwalczać mylne mniemanie, że zawszenie powstaje z sacharyny lub mydła wojennego (prawdziwe) i mimo wszelkich braków pouczać o higienie.

Spotkałam się z takim twierdzeniem, że praca pielęgniarki społecznej jest bardzo łatwa, bo poza godzinami pracy kancelaryjnej i ordynacją lekarza, pielęgniarka ma mieć — wedle tego mniemania — dużo wolnego czasu. Widocznie nie bierze się tu pod uwagę wyjazdów w teren i wywiadów przeprowadzanych przez pielęgniarkę. Zaznaczyć tu muszę, że jest to mylne ujęcie, gdyż teren jest głównym działem naszej pracy i dlatego można nas widzieć o każdej porze dnia bez względu na pogodę, gdyż normy godzin pracy dla nas nie istnieją. Praca nasza nie jest łatwa, spotykamy się bowiem z różnym elementem i nie zawsze jesteśmy życzliwie przyjęte. Jednak mimo konieczności zwalczania tych trudności, praca nasza daje nam pełne zadowolenie i pielęgniarka społeczna powoli zdobywa coraz większe uznanie.

Z powodu zgonu prenumeratora naszego czasopisma felczera Stanisława Sobocińskiego Izba Zdrowia — zakres rzeczowy prasa — wypłaciła pozostałej wdowie p. Teodorze Sobocińskiej w Częstochowie k/Rakowa, wyznaczoną premię asekuracyjną w kwocie Zł 100.

Z. K. W. Kraków, ul. Piłsudskiego 19a.